

様

施 設 名

不在者投票管理者
職 氏 名

印

あなたを、下記のとおり、令和5年11月26日執行の高知県知事選挙について、指定病院等における不在者投票の立会人に選任します。

なお、当日は、立会開始時刻の_____分前までに_____においでください。

記

立会日時： 令和 年 月 日 () : ~ :

不在者投票の実施場所：

※ 当日は、必ず印鑑を持参してください。